



Beitrittserklärung

Jahresbeitrag

- | | | | |
|---|--------|----------|-------------------|
| ☐ Einzelmitglied | jährl. | € 72,00 | (monatl. € 6,00) |
| ☐ Familienbeitrag | jährl. | € 120,00 | (monatl. € 10,00) |
| ☐ Jugendliche bis 18 Jahre | jährl. | € 48,00 | (monatl. € 4,00) |

Eintrittsdatum: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

_____ Telefon: _____

Bei Familienbeitritt: Daten aller Familienangehörigen im Verein

Name und Geburtsdatum _____

Name und Geburtsdatum _____

Name und Geburtsdatum _____

Name und Geburtsdatum _____

☐ Fußball

☐ Handball

☐ Volleyball

☐ Gymnastik

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag jährlich abgebucht wird

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

IBAN: _____

oder ☐ Rechnung

Ort, Datum

Mitglied

bei Minderjährigen, Unterschrift beider Sorgeberechtigten**

** unterschreibt nur ein Sorgeberechtigter, so erklärt er ausdrücklich, vom anderen Sorgeberechtigten hierzu bevollmächtigt zu sein

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Turnverein 1920 Kindenheim eV

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Andingstraße 7

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

67271 Kindenheim

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE54ZZZ00001012453

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**", Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**".

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☐ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: